



GUIDE METHODOLOGIQUE POUR LES PROJETS D'INVESTISSEMENT EN PSYCHIATRIE AMBULATOIRE ET EXTRA HOSPITALIERE EN PAYS DE LOIRE



- Les étapes d'un projet d'investissement
 - Focus sur l'expression des besoins
 - Focus sur l'étude de faisabilité



Être en bonne santé, c'est un état de bien être, qui touche le corps et l'esprit.

Nous aspirons tous à cet état et nous souhaitons le maintenir le plus longtemps possible.

Il arrive cependant, au gré des difficultés de la vie, et de ses conséquences somatique, cognitive, psychique ou sensorielle... que l'on ait besoin d'être accompagné, soigné, soutenu...

Vous trouverez toujours des soignants, des aidants, des institutions... à l'écoute de vos besoins, de façon professionnelle et bienveillante.

Et je veux rendre, une fois encore, hommage à tous les professionnels et établissements de santé, du social et du médico-social, quels que soient la pathologie ou le handicap, qui, quotidiennement, prennent soin de nous.

Pour ce qui concerne la santé mentale, la réponse en termes de bâti, malgré les efforts entrepris et la qualité de son patrimoine, n'est pas toujours adaptée aux parcours de santé et de vie des personnes concernées.

Le postulat où l'on parlait des murs et où l'on adaptait ce qu'on pouvait y faire, a vécu.... (je l'espère en tout cas aujourd'hui).

Il convient, désormais, d'adapter les lieux, en fonction des besoins des usagers et des professionnels, avec un prisme d'humanité et de respect de la dignité de chacun/e.

Cela est vrai en « temps normal », mais aussi aux moments de crise sanitaire, pour adapter la réponse, sortir des murs, aller vers...

L'architecture et le bâti, au service du parcours des personnes accompagnées, dans une démarche territoriale (intra et extra muros) se réinventent.

Et nous avons, ainsi, de précieux modèles, d'expériences enrichissantes, de témoignages inspirants, de bonnes pratiques à partager...

Voilà pourquoi, je suis très heureux de vous présenter ce guide.

Il est le fruit d'un travail transverse, pluri professionnel et associant les usagers.

Je remercie très sincèrement les équipes de l'ARS, ainsi que toutes celles et tous ceux qui ont contribué, pour la qualité de ce document, pratique et concret.

Bonne lecture !

**Jean-Jacques COIPLÉT
Directeur général
Agence régionale de santé Pays de la Loire**



Préambule	4
Partie 1 : Les étapes du projet d'investissement	6
Démarche du déroulement d'un projet	7
Organisation en mode projet	8
Temps d'échanges et de validation avec l'ARS	10
Partie 2 : Focus sur l'expression des besoins	12
Périmètre attendu des structures « extra » de demain	13
Structures socles.....	13
CMP	13
CATTP – Ateliers thérapeutiques (dans ou hors les murs).....	14
HDJ.....	14
Intégration de la Réhabilitation psychosociale.....	15
Autres Pratiques / Organisations à questionner dans le projet	16
Télésanté	16
Equipes à mission spécifique, équipes mobiles ressources et/ou d'appui	17
Pair-aidance	19
Thérapie familiale.....	19
Réseaux / place des associations de services (temps soignants-soignés) / associations culturelles	20
Pharmacie Clinique	20
Soins somatiques	20
Diagnostic / Etat des lieux.....	21
Questions à soulever.....	22
Contexte institutionnel	22
Contexte territorial.....	23
Contexte « localisation ».....	23
Contexte « évolutif ».....	24
Partie 3 : Focus sur l'étude de faisabilité	26
Rapide rappel des normes techniques et architecturales.....	27
Principe d'Organisation Générale.....	27
Accès.....	28
Accès sur le site.....	28
Stationnements	29
Hall / accueil	30



Espaces du CMP	32
Secrétariat	32
Espace d'attentes	33
Bureaux d'entretien pluriprofessionnels : psychiatre / psychologue / infirmiers / etc.....	34
Bureaux	34
Bureau infirmier / Salle d'équipe	35
Salle de soins infirmiers / pharmacie	35
Salles ateliers / activités personnalisées.....	35
Salle de groupe	35
Espaces de l'HDJ.....	36
Accueil / Vestiaire patient.....	36
Lieu d'accueil / Salle à manger / Déambulation	36
Office / Cuisine	37
Bureau infirmier / Salle d'équipe	37
Salle de soins / Geste technique.....	37
Salon / Espace repos	37
Bureau polyvalent / Entretien	37
Ateliers / Locaux activités.....	38
Espaces de CATTp	39
Espaces de thérapie familiale	40
Espaces réseaux / Sièges d'équipes mobiles / Siège de l'accueil familial thérapeutique	41
Espaces logistiques	42
Extérieurs.....	43
Remerciements.....	45



PREAMBULE

Le développement de l'ambulatoire et des alternatives à l'hospitalisation à temps plein en psychiatrie constitue un enjeu fort de santé pour permettre d'améliorer l'accessibilité à l'offre de soin de l'ensemble de la population. C'est une des orientations fondamentales de la feuille de route nationale santé mentale et psychiatrie et du projet régional de santé des Pays de la Loire.

Les prises en charge ambulatoires et extrahospitalières incluent les centres médico-psychologiques (CMP) des secteurs de psychiatrie (pivot du dispositif de soin), ainsi que des prises en charge dans des lieux faciles d'accès et non stigmatisés. L'ambulatoire permet aussi l'organisation des équipes de soins de psychiatrie pour aller au-devant des personnes, à domicile ou en institution.

Au-delà de la bascule ambulatoire déjà engagée par l'ensemble des acteurs de la santé mentale, il s'agit donc de s'inscrire plus largement dans le virage inclusif. Dès la conception d'une nouvelle organisation psychiatrique, les interfaces nécessaires aux soins et aux accompagnements pour un maintien au domicile sont prises en compte.

L'évolution des pratiques, l'interconnaissance des acteurs des différents champs (sanitaire, social, médico-social), les attentes des personnes et de leur famille, la lutte contre la stigmatisation, etc... sont autant de critères qui doivent réinterroger les projets de réorganisation dès leur phase d'élaboration.

Les conditions d'implantation, d'organisation et de fonctionnement des structures ambulatoires et extrahospitalières, sont également révisées à l'aune du positionnement, des missions et des activités qui permettent le rétablissement des personnes.

Dans ce contexte très évolutif, ce guide vise en particulier les structures ambulatoires et extrahospitalières dites « classiques ». Mais il a aussi pour ambition d'aider à la réflexion pour inclure toutes les nouvelles modalités et attentes du « aller-vers », en intégrant les rôles de chaque acteur concerné sur un territoire de proximité.

Ce guide a pour objectif :

- **D'aider les acteurs à structurer et conduire leur projet d'investissement ;**
- **D'apporter des repères quant à la traduction fonctionnelle et bâtiminaire des structures ambulatoires / extrahospitalière en psychiatrie.**

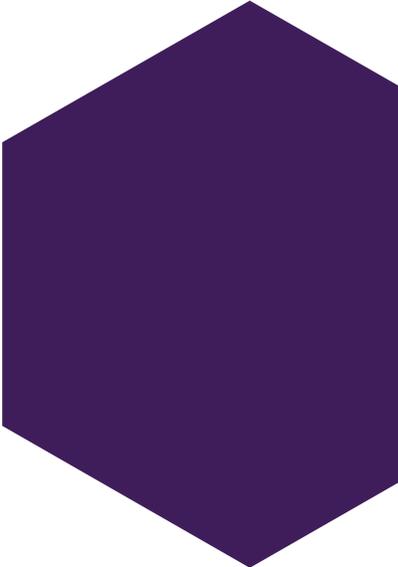
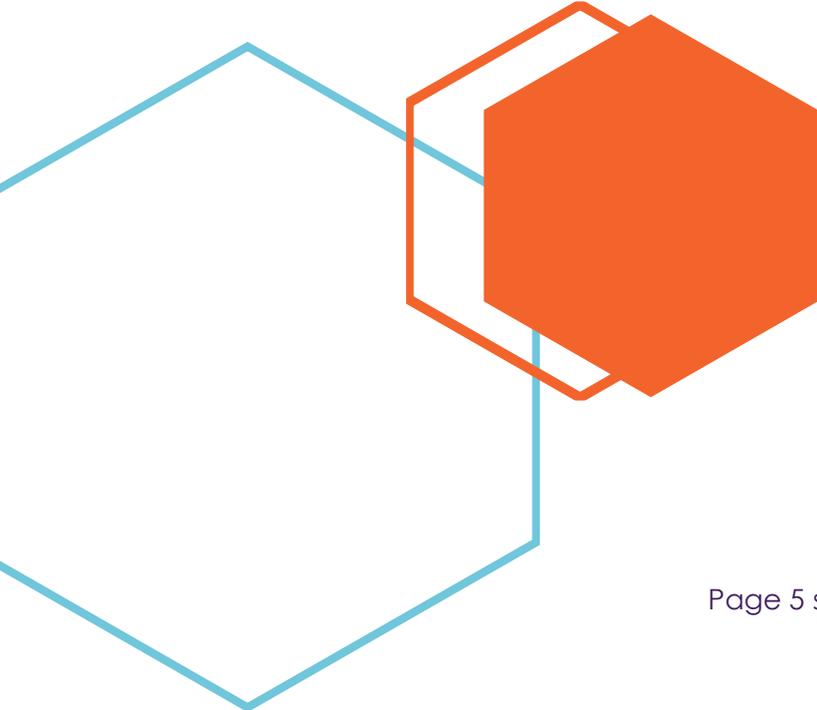
Ce support de discussion et d'analyse peut être utilisé par les équipes de direction avec les groupes « utilisateurs » des établissements dans le cadre, par exemple, de réflexions sur les modes d'organisation interne (implantation, fonctionnement, dimensionnements).

Il facilite également les échanges entre l'établissement de santé et son autorité de tutelle dans le cadre des études préalables au chiffrage d'un projet.

Il ne vise en aucun cas à imposer des modes de prise en charge ou des modalités d'organisation. Aussi, son utilisation ne peut être pertinente qu'en contrepoint d'un projet médical abouti et d'un schéma directeur immobilier.

Il nécessite l'élaboration d'un programme ou d'un parti architectural pour les parties relatives aux locaux techniques et aux circulations générales.

Il ne saurait également se substituer aux études des professionnels qui travaillent aux côtés des établissements pour l'élaboration de ces différentes phases d'un projet.





PARTIE 1 : LES ETAPES DU PROJET D'INVESTISSEMENT



Démarche du déroulement d'un projet

Depuis l'idée de base ou l'expression des besoins, jusqu'à la livraison finale du bâtiment, la démarche projet définit un ensemble d'étapes qui le structure. Cette structuration permet à l'ensemble des intervenants de savoir dans quelle direction aller et d'avoir une démarche cohérente pendant toute la durée du projet. Cela induit la définition d'objectifs précis, la détermination des actions à entreprendre et des ressources à utiliser pour les atteindre.



Réaliser, en amont de la décision d'investissement, un diagnostic de l'établissement portant sur sa situation financière, son fonctionnement, son patrimoine, ses autorisations, son public et ses besoins, son attractivité, l'offre présente sur son territoire, etc...



Déduire les principaux enjeux pour l'établissement, les coopérations et les mutualisations envisageables. Définir les priorités, les objectifs et les activités auxquelles le projet doit répondre.



Définir plus précisément le programme de l'opération à réaliser, les scénarii envisageables, leur coût, leur calendrier, leurs bénéfices/inconvénients.



Définir pour le(s) scénario(s) retenu(s), son(leurs) impact(s) sur la situation financière et sur les coûts de fonctionnement de l'établissement. Cette phase implique la modélisation des maquettes de fonctionnement de la future structure et la réalisation d'une étude d'évaluation économique. Il s'agit d'un outil d'aide à la décision.



S'inscrire dans la procédure classique de réalisation d'un projet d'investissement : choix du mode de réalisation, du maître d'œuvre, suivi des études de conceptions, consultation des entreprises, signatures des marchés, gestion des travaux, etc... en vérifiant que les accords ont été obtenus et que les conditions de financement sont réunies.



Organisation en mode projet

Le présent chapitre vise à attirer l'attention des acteurs d'un projet (maîtres d'ouvrage, assistants à maîtres d'ouvrage, concepteurs) sur l'importance, en amont de l'acte de construire, d'une réflexion approfondie portant notamment sur l'état des besoins et la définition du projet de soins. Cette démarche nécessite de s'organiser « en mode projet ».

Le maître d'ouvrage tient un rôle déterminant au cours des études de programmation, comme pour l'ensemble de son opération. Et pourtant, cette mission -comme les suivantes- se surajoute au travail quotidien. Elle nécessite une organisation minimale de manière à pouvoir absorber cette activité supplémentaire.

Cela consiste à tout prévoir avant de réaliser. Pour cela il faut définir :

- Les actions ou activités à mettre en place : Quels sont les attendus ?
- Les moyens humains : Qui fait quoi ? En interne, en externe (programmiste)
- Les moyens matériels : Avec quoi ? Quel temps alloué ?
- Les moyens financiers : Avec quel budget ? Qui finance ?
- Les lieux : Où se déroulent les actions ou activités ?
- L'échéancier : Quand ? Sur quelle période ?

Il convient donc d'identifier tous les acteurs qui doivent participer à l'étude et de se mettre d'accord sur les modalités de leur implication : quelles personnes devront être sollicitées au cours de l'étude ? quels partenaires devront donner leur avis sur le projet ? lesquels d'entre eux auront un pouvoir de décision ?

Il faut ensuite définir quand et comment s'associer des compétences extérieures d'accompagnement : programmiste pour la faisabilité bâtiminaire, cabinet conseil pour la faisabilité financière.

La place à accorder aux usagers doit également être intégrée. Il convient de déterminer les modalités d'association de ces derniers à l'étude de programmation et de prises en compte de leurs attentes (entretiens, groupes de travail, ...).

FOCUS

L'objectif d'inclusion sociale affiché dans les derniers plans psychiatrie santé mentale et dans les recommandations de l'OMS incite à associer les usagers et leur entourage. Il s'agit non seulement d'améliorer le chaînage des intervenants, mais aussi de prendre en compte les conditions de vie des personnes. Ici, il convient de faire évoluer le positionnement des acteurs vis-à-vis de l'utilisateur, de passer du « faire à la place de » à celui de « faire avec ».



Un système de validation doit également être clairement défini. De manière générique, le maître d'ouvrage doit au moins mettre en place deux instances de validation :

- Une première instance faisant office d'organe de décision : elle est couramment appelée comité de pilotage et regroupe des représentants et des partenaires de la maîtrise d'ouvrage qu'il convient d'informer régulièrement des avancées du projet ;
- Une seconde instance, chargée d'assurer la direction de l'étude au quotidien : elle peut être assumée par un chef de projet, référent unique du maître d'ouvrage pour l'étude, ou par un groupe de plusieurs représentants du maître d'ouvrage souvent dénommé comité technique. Dans tous les cas, il est important que le maître d'ouvrage identifie en son sein un référent clair auquel les personnes en charge de l'étude de programmation pourront poser leurs questions au quotidien.

Il s'agit de déterminer qui fait quoi, quel est le circuit de décision, à quels moments devront être organisées des séances de validation, etc. Le succès de l'étude tient en grande partie à la capacité du maître d'ouvrage à mobiliser les différents acteurs qui se succèdent à ses côtés pour réaliser l'ouvrage qu'il souhaite.

Ce qu'il faut retenir :

Les démarches pour s'assurer du succès d'un projet d'investissement :

- Déterminer qui fait quoi, quel est le circuit de décision, à quels moments devront être organisées des séances de validation ;
- Désigner un chef de projet (qui n'est pas le décideur) ;
- S'assurer des compétences et de la disponibilité du chef de projet ;
- Se faire accompagner de prestataires compétents (programmiste) ;
- Mesurer les enjeux en termes de mobilisation interne (compétences, recueil des données, etc.) ;
- Assurer le caractère transversal et institutionnel de la démarche : elle doit mettre en œuvre une démarche interne globale et participative ;
- Garantir son animation sur toute la durée de la démarche ;
- Bien appréhender la philosophie du projet, notamment la notion de parcours (portes d'entrée), ainsi que le caractère partenarial de la démarche.

<POINT DE VIGILANCE>

Certains projets de construction ou de reconstruction d'établissements montrent que, faute d'avoir consacré un temps suffisant à formuler une commande claire et précise, le maître d'ouvrage s'expose, lors de la mise en service du bâtiment, à des dysfonctionnements et à des insatisfactions de la part des utilisateurs et des usagers.



Temps d'échanges et de validation avec l'ARS

La validation des projets d'investissement et leur soutien financier s'inscrivent dans un processus d'échanges avec l'ARS. Il convient donc de prendre contact avec l'Agence (Direction Territoriale) dès l'expression du besoin pour définir sur les objectifs du projet et fixer les modalités de travail autour du projet.

Par ailleurs, lorsqu'un établissement envisage de modifier les conditions d'exécution d'une autorisation, il doit se référer à l'article [D.6122-38 II](#) du code de la santé publique. L'opération projetée peut nécessiter un accord préalable de l'ARS et le dépôt d'un dossier de demande d'autorisation.



Ce temps de cadrage du projet d'investissement se focalise sur les besoins et les objectifs de l'opération afin de s'assurer de sa cohérence par rapport aux enjeux du projet régional de santé, et d'évaluer la pertinence de la réponse au besoin. Les échanges se fondent notamment sur l'état des lieux des besoins réalisés par la structure (projet d'établissement, projet médical) et sur le territoire (PTSM, PMP). Cette phase de cadrage fait l'objet d'un avis formalisé de la part de l'ARS par son instance décisionnelle : le comité des investissements.



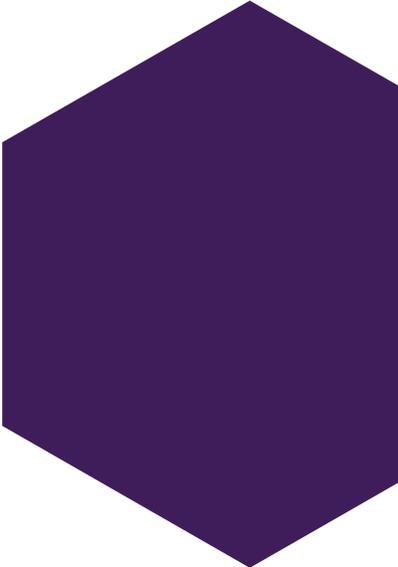
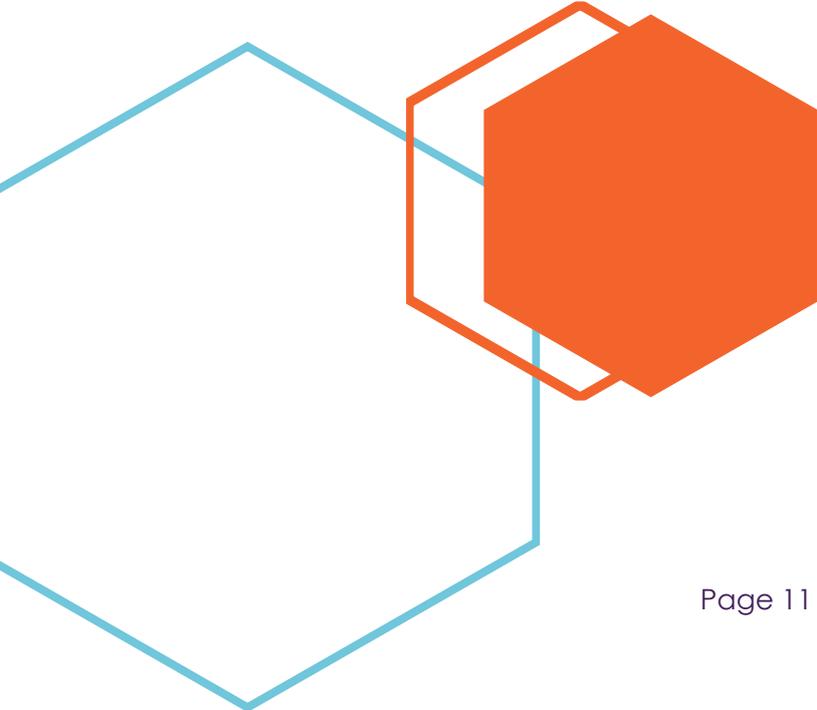
Ce temps d'accompagnement à la formalisation du projet d'investissement a pour finalité de stabiliser les composantes du projet : dimension offre, volet bâtimentaire, soutenabilité financière. Les échanges se fondent principalement sur les hypothèses d'activités construites par la structure ainsi que sur les études de faisabilité qui ont été conduites. L'opération projetée s'inscrit dans la procédure autorisation.



Ce temps d'instruction puis de validation du projet vise à s'assurer de la cohérence du projet avec les objectifs de départ, ainsi qu'à dimensionner un éventuel soutien financier. Cette phase d'instruction fait l'objet d'un avis formalisé de la part de l'ARS par son instance décisionnelle : le comité des investissements.



Les échanges avec l'ARS se concentrent principalement en amont de la phase travaux. Néanmoins, le suivi de la mise en œuvre du projet d'investissement permet d'évaluer le respect des hypothèses validées et de mettre en œuvre des mesures correctives, le cas échéant.





PARTIE 2 : FOCUS SUR L'EXPRESSION DES BESOINS

- S'entendre sur les objectifs et les attendus du projet
 - Faire l'état des lieux et définir les besoins
 - S'organiser en mode projet



Périmètre attendu des structures « extra » de demain

Les missions et activités de soins ambulatoires en psychiatrie sont diverses et spécifiques selon qu'elles s'adressent aux enfants ou aux adultes. Elles reposent sur différentes formes de prise en charge.

Structures sociales

CMP

Le Centre Médico Psychologique (CMP) qui, depuis la circulaire de 1990, est conçu comme le pivot du dispositif de soins du secteur. Il a pour mission d'accueillir toutes les demandes, d'évaluer, de construire et de coordonner le parcours de soins, en lien avec les différentes unités du secteur.

Il accueille des enfants, des adolescents ou des adultes présentant des troubles psychiques et /ou une souffrance psychologique.

Ce sont des unités d'accueil où l'on peut rencontrer tous les jours ouvrables de la semaine des spécialistes qui vont assurer des consultations spécifiques et/ou une prise en charge régulière. La prévention, le diagnostic et le soin à domicile ou dans des institutions médico-sociales (qui peuvent héberger des personnes souffrant d'affections psychiatriques) font également partie des compétences attribuées au CMP. Il dispense des soins individualisés de premier niveau à visée diagnostique et thérapeutique ; l'activité de consultations est donc importante et le profil des consultants est varié et pluri professionnel (médical, paramédical, social).

FOCUS – Visites à domicile (VAD)

Les interventions à domicile « de suivi », plus communément appelées « Visites à domicile » (VAD), sont majoritairement prescrites au moment de la sortie de l'hôpital du patient ou à l'issue d'une consultation en CMP, en direction de patients identifiés. Le suivi assuré est plus ou moins long en fonction des besoins de la personne. Ces VAD sont organisées dans le cadre des missions traditionnelles des CMP de proximité et de continuité de soins organisées par la circulaire du 15 mars 1960.



FOCUS – Psychiatrie de Liaison

L'action fondamentale de toute intervention en psychiatrie de liaison repose pour l'essentiel sur 2 points :

- une activité de consultation, prestation axée sur le patient et qui consiste à donner au confrère demandeur non-psychiatre un avis de spécialiste concernant un patient donné
- une activité de liaison - prestation axée sur l'équipe soignante et qui consiste en la formation et la sensibilisation des soignants de soins généraux aux aspects psychologiques de leur activité.

CATTP – Ateliers thérapeutiques (dans ou hors les murs)

Le Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) vise à maintenir ou à favoriser une existence autonome par des actions de soutien et des médiations thérapeutiques de groupe. Le CATTP dispense des soins à des personnes stabilisées, idéalement en milieu ordinaire mais aussi au sein d'un CMP ou d'un hôpital de jour (HDJ).

Le CATTP propose des activités d'une demi-journée (ex : musique, peinture, expression corporelle, théâtre). Par ce biais, les activités favorisent les approches relationnelles, la communication et l'affirmation de soi.

HDJ

Outre l'ambulatoire, des activités extrahospitalières sont aussi organisées au plus près des lieux de vie. Il s'agit des prises en charge à temps partiel telles que, notamment, l'hospitalisation de jour.

L'Hospitalisation de jour (HDJ) dispense des soins (pédopsychiatriques ou à destination des adultes) polyvalents, et intensifs prodigués sur une demi-journée ou une journée en fonction du projet de soins.

Le traitement de chaque patient est prescrit par un médecin. L'équipe soignante dispense des soins infirmiers et s'assure des traitements médicamenteux ; diverses activités (culturelles, corporelles, ergothérapeutiques de groupes) rythment la vie quotidienne.

Les hôpitaux de jour proposent une prise en charge intensive limitée dans le temps et sans hébergement. Cette option permet aux bénéficiaires de conserver le confort de leur domicile pour la même efficacité et la même sécurité que l'hôpital en termes de soins.



Intégration de la Réhabilitation psychosociale

L'expression réhabilitation psychosociale renvoie à un ensemble de techniques de soins visant à aider les personnes souffrant de troubles psychiques à se rétablir, c'est-à-dire à obtenir un niveau de vie et d'adaptation satisfaisant par rapport à leurs attentes.

La réhabilitation repose sur l'idée que toute personne est capable d'évoluer vers un projet de vie choisi. Elle concerne différents champs de la personne : clinique (symptômes, traitements), fonctionnel (capacités cognitives, relationnelles, autonomie) et social (logement, gestion du budget, retour à l'emploi). La réhabilitation se base toujours sur les capacités préservées des personnes afin de les utiliser au mieux.

Les soins de réhabilitation psychosociale reposent sur la mise en œuvre de thérapies tels que :

- programmes d'éducation thérapeutique,
- programmes de remédiation cognitive,
- programmes d'entraînement des compétences et des habilités sociales,
- psychothérapies cognitivo-comportementales,
- programmes de soutien des familles : consultations ou entretiens individuels, groupe psychoéducatif/d'éducation thérapeutique des familles (ex : programme Pro-famille ou AVEC), thérapie familiale, etc.,
- modalités de case-management pouvant être mises en œuvre.

L'instruction n° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires vise à accompagner les ARS dans l'organisation et la structuration du développement des soins de réhabilitation psychosociale dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre des projets territoriaux de santé mentale :

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2019/01/cir_44293.pdf



Autres Pratiques / Organisations à questionner dans le projet

Dans le cadre de la « bascule ambulatoire » et de la redéfinition des missions, certaines pratiques existantes ou nouvelles sont vouées à se développer. Il ne s'agit pas forcément de création de structures autonomes mais plutôt d'un élargissement du rôle « Pivot » que doit jouer le CMP (logique partenariale). Ainsi, ces autres formes d'accompagnement peuvent être organisées à partir et / ou au sein des structures « extra hospitalières ». Les établissements doivent donc se questionner sur l'opportunité ou non d'intégrer à la réflexion les sujets suivants.

Télésanté

Le terme télésanté intègre tous les domaines de la santé numérique. Désormais reconnue comme un acte médical de droit commun, la télémédecine sera encouragée avec la définition de cibles prioritaires (complément aux consultations, structures d'exercice coordonné, liens avec les EHPAD, hôpitaux de proximité, préparation / sécurisation de la sortie, etc.) et l'association d'autres professions de santé dans les territoires.

Sur les 5 actes qui constituent la télémédecine, deux items peuvent particulièrement impacter les structures CMP :

- La téléconsultation, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation. Les psychologues peuvent également être présents auprès du patient ;
- La téléexpertise, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.

Le télésoin est une forme de pratique de soins à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Il met en rapport un patient avec un ou plusieurs pharmaciens ou auxiliaires médicaux dans l'exercice de leurs compétences.

Il permet aux professionnels paramédicaux de réaliser des actes de télémédecine en tant que requis (le patient demande un avis au professionnel de santé paramédical).



Equipes à mission spécifique, équipes mobiles ressources et/ou d'appui

Compte tenu des difficultés spécifiques d'accès aux soins de certains patients, ces équipes sont chargées :

- d'aller au-devant de ces publics, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés (populations précarisées, personnes accueillies en établissement sociaux ou médico-sociaux, publics jeunes, adultes, personnes âgées, dyades parents/enfants, etc.), afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire ;
- d'assurer une fonction d'interface avec les acteurs de première ligne exprimant des difficultés face à des manifestations de souffrance ou de troubles psychiques des usagers suivis et nécessitant un étayage, un soutien et une formation pour le repérage des problématiques, le décodage et l'analyse des demandes, la mise en œuvre des premiers stades de l'écoute et du soutien.

Ces équipes n'ont pas vocation à se substituer aux missions de droit commun des équipes de psychiatrie publique dans le champ de la prévention, du diagnostic, du soin, de la réinsertion et la réadaptation sociale.

A cet effet, il importe de veiller à l'intégration de leur action dans un partenariat dense et formalisé, associant les secteurs de l'établissement de rattachement, les établissements de santé généraux, les praticiens libéraux et les intervenants sociaux et médico-sociaux du territoire couvert par l'équipe à mission spécifique, mobile ou d'appui.

FOCUS - Soins Psychiatriques Intensifs à Domicile (SPID)

Ces interventions à domicile se spécialisent dans la réponse à des situations de patients en souffrances aiguës. Elles requièrent un mode d'organisation adapté avec des moyens renforcés et une réactivité des équipes, et se rapprochent du modèle de l'Hospitalisation à domicile (HAD). Elles sont assurées par une Unité de Soins Psychiatriques Intensifs à Domicile (SPID), équipe mobile dont l'objectif est de permettre à toute personne en situation de décompensation psychique aiguë ou subaiguë de recevoir des soins psychiatriques intensifs tout en restant dans son environnement. Elles sont prescrites sur de courtes durées. Les équipes se composent majoritairement de professionnels soignants (psychiatre et infirmier).



Exemple de la gestion des Appartements thérapeutiques

L'appartement thérapeutique est une forme de prise en charge favorisant la réadaptation et l'insertion dans le milieu social. Ses actions de soins sont centrées sur l'apprentissage de l'autonomie dans tous les actes de la vie courante.

En général les personnes accueillies sont accompagnées par une équipe soignante et éducative et peuvent profiter du plateau technique de l'établissement support.

Exemple de l'Accueil familial thérapeutique

Les services d'accueil familial thérapeutique organisent l'accompagnement des personnes de tous âges, souffrant de troubles psychiques ou psychiatriques. Ils permettent une prise en charge thérapeutique dans un milieu familial substitutif stable, en vue notamment d'une restauration des capacités relationnelles et d'autonomie. S'agissant de personnes mineures, cette prise en charge comporte également une composante éducative adaptée au développement psychomoteur et intellectuel des enfants accueillis.

Exemple de la Psychiatrie périnatale

Equipe en charge de l'accueil, de la prévention et des soins des troubles précoces de la relation parents – bébé, que ces derniers soient liés à un moment de fragilité ou à une psychopathologie parentale avérée, antérieure ou non à la grossesse et à l'accouchement et/ou qu'ils soient induits, par des difficultés du bébé.

➔ Il s'agit d'équipes pluridisciplinaires, dédiées ou non, qui peuvent être rattachées au CMP ce qui implique des espaces de bureaux, de stockage, de temps de réunion, de parc de véhicule, etc., le tout pouvant être mutualisés au sein de la structure CMP.



Pair-aidance

La pair-aidance en santé mentale est une pratique qui repose sur l'entraide entre personnes souffrant ou ayant souffert d'une maladie psychique. Elle fait valoir les savoirs expérientiels.

Le partage du vécu de la maladie et du parcours de rétablissement constitue le principe fondamental de la pair-aidance qui peut prendre plusieurs formes :

- Participation à des groupes de parole au sein d'association d'usagers,
- Rencontre dans des Groupes d'entraide mutuelle (GEM),
- Intégration de pairs aidants dans les établissements de santé.

Le partage d'expérience et l'entraide induisent des effets positifs dans la vie des personnes souffrant de troubles psychiques, notamment en permettant de rompre l'isolement et d'apprendre à vivre avec la maladie. La pair-aidance a une vocation de réhabilitation psychosociale, et vise à permettre à l'individu de sortir du statut de « patient » pour devenir acteur de son rétablissement. En pratique le pair-aidant partage avec ses pairs les expériences personnelles qui l'ont mené au rétablissement ainsi que des outils qu'il a lui-même expérimentés (expression artistique, relaxation par exemple).

Thérapie familiale

La thérapie familiale est un modèle de psychothérapie qui se pratique en famille ou en couple. La thérapie familiale systémique vise à mobiliser les ressources de la famille et à améliorer la communication entre ses membres en vue d'apaiser des symptômes et/ou des difficultés relationnelles.

Les séances de thérapie familiale sont généralement animées par plusieurs thérapeutes : un thérapeute principal qui conduit l'entretien et un second thérapeute (appelé "co-thérapeute" ou "superviseur") qui observe les échanges (parfois derrière un miroir sans tain), prend des notes et assiste le premier. Étant donné que la thérapie familiale exige des moyens importants (plusieurs thérapeutes, salles spacieuses, éventuellement miroir sans tain ou retransmission vidéo dans une autre pièce), elle est plus fréquemment pratiquée en institution (centres médico-psychologiques, associations de thérapie familiale...) qu'en cabinet libéral.



Réseaux / place des associations de services (temps soignants-soignés) / associations culturelles

La prise en charge d'un patient en psychiatrie se prolonge souvent dans un cadre médico-social, d'où des liens de fonctionnement avec un certain nombre de structures relevant généralement du secteur associatif ou public, les EHPAD, les foyers occupationnels ou les maisons d'accueil spécialisées, etc.

Les réseaux de santé sont des organisations initiées par les professionnels de santé sur un territoire. Ils ont pour objet de favoriser l'accès aux soins et la coordination des prises en charge sanitaires et sociales, en lien avec les hôpitaux, les acteurs médico-sociaux, sociaux et libéraux.

Les réseaux peuvent être spécifiques à certaines populations (personnes âgées, femmes enceintes par exemple) ou à des pathologies (diabète, cancer, etc.), mais peuvent aussi être généralistes.

Pharmacie Clinique

« La pharmacie clinique est une discipline de santé centrée sur le patient dont l'exercice a pour objectif d'optimiser la prise en charge thérapeutique, à chaque étape du parcours de soins. Pour cela, les actes de pharmacie clinique contribuent à la sécurisation, la pertinence et à l'efficacité du recours aux produits de santé. Le pharmacien exerce en collaboration avec les autres professionnels impliqués, le patient et ses aidants. » (Société française de pharmacie clinique)

La prise en charge ambulatoire peut ainsi notamment comprendre :

- des actions d'éducation à la santé sur les traitements en groupe ou en entretiens individuels
- un renforcement des liens avec les professionnels libéraux (médecin, pharmacie de ville, IDE libérales, ...) pour faciliter la continuité du parcours médicamenteux du patient et renforcer le lien ville-hôpital

Soins somatiques

Améliorer la prise en charge somatique des usagers ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique est un enjeu fort, notamment en ambulatoire.

Cela nécessite une bonne coordination entre la ville et l'hôpital, ce qui peut se traduire par différents types d'actions, notamment :

- améliorer la communication dans le cadre des prises en charge,
- renforcer les soins somatiques en CMP,
- mettre en œuvre des partenariats spécifiques pour faciliter l'accès des usagers à un médecin traitant, interventions croisées de professionnels dans les CMP et des maisons de santé.



Diagnostic / Etat des lieux

Le diagnostic partagé est une phase qui vise à créer un consensus sur l'état des lieux du service, secteur et/ou territoire et sur les améliorations à y apporter. Il s'agit d'établir et fédérer les différents acteurs autour de cet état des lieux, diagnostic partagé, pour mobiliser les équipes et les ressources dans la démarche projet à venir.

Cela permet aussi de contextualiser la problématique : Pourquoi l'établissement en est arrivé là ? Quelles sont les raisons qui ont conduit à la demande ? Est-ce le projet médical (évolution des pratiques, des besoins, des ressources, etc.) qui a conduit au changement ou bien une raison immobilière (vétusté, non-conformité incendie, accessibilité, fin de bail, etc.) qui est à l'origine du projet ? Si la structure actuelle est inadaptée, pourquoi ? Quels sont les points négatifs mais aussi les points positifs ?

Au-delà du simple état bâtementaire, cet état des lieux doit également intégrer l'état des effectifs et des organisations. Que ce soit pour entrer dans la démarche du parcours ou pour entamer une démarche de projet d'établissement, les professionnels des structures sanitaires doivent eux-aussi s'interroger sur leur degré de préparation institutionnelle à prendre leur place dans le parcours.

FOCUS – POUR ALLER PLUS LOIN

L'ANAP a élaboré un outil « autodiag en psychiatrie », mis à la disposition des professionnels pour leur permettre d'apprécier la maturité des pôles/secteurs des établissements à s'inscrire dans le parcours en psychiatrie et santé mentale. Il s'agit d'un outil de dialogue interne en première intention. L'autodiagnostic peut s'effectuer, toujours dans un cadre collectif, au niveau du service, du secteur, du pôle pour comparaison des pratiques entre eux, ou de l'établissement dans sa globalité. L'établissement qui s'en sert peut ainsi très vite mesurer ce qui lui reste à mettre en place pour aborder le patient dans son environnement et prendre sa place dans le parcours territorial.

<https://www.anap.fr/ressources/outils/detail/actualites/autodiagnostic-des-parcours-en-psychiatrie-et-en-sante-mentale/>



Questions à soulever

Il s'agit ici, non pas d'une liste exhaustive des questions que l'établissement doit se poser, mais d'une aide pour permettre au Maître d'Ouvrage de couvrir l'ensemble des éléments qui peuvent avoir un impact sur le futur projet architectural, son organisation, son fonctionnement et son dimensionnement.

Ces sujets ont été classés en 4 champs pour en clarifier la lecture et l'usage mais les frontières entre ces différents sujets sont perméables et ils interagissent entre eux. La démarche peut donc être itérative plutôt que linéaire.

Contexte institutionnel

Il s'agit ici de déterminer les composantes du projet qui relèvent de l'établissement lui-même.

Dans cette approche, il s'agit de prendre du recul et de replacer le projet immobilier dans son ensemble. Avant de répondre à une problématique ponctuelle et ciblée sur un service, il faut réinterroger le projet médico-soignant à l'échelle globale de l'établissement, du pôle, du secteur, de l'unité. Il faut profiter du projet immobilier pour requestionner l'organisation plus générale (approche systémique des soins), et son apport sur le territoire.

- Y a-t-il une pertinence à rapprocher ou mutualiser des structures (CMP de plusieurs secteurs, CMP et HDJ, profils des bénéficiaires, etc.). Si oui laquelle ? (optimisation d'occupation de locaux, efficience des logistiques supports, stratégie patrimoniale, projet de soins, fluidité des parcours, etc.)*
- Quelle est la population concernée et quelles sont les évolutions des prises en charge et des attentes ?*
- Quelles sont les évolutions démographiques attendues (évolutions par tranche d'âge) ?*
- Quelle pertinence du positionnement de la structure (ajustement en objectivant les demandes) ?*
- Quelle sera la file active, quelles données d'activités (actuelles et prospectives en fonction des évolutions potentielles) ?*
- Comment intégrer les équipes qui ont une activité extra ou qui n'existent pas encore ?*
- Quel développement attendu de la notion de CMP pivot (voir chapitre « Autres Pratiques ») ?*
- Comment s'organise le soin : quelle organisation du personnel ? quels effectifs ? quels temps de présence (sur place ou hors les murs) ?*
- Quelle maquette organisationnelle ? Temps de présence et taux d'occupation des locaux ?*
- Quelles sont les capacités financières de l'établissement ? Quelle est la capacité d'emprunt, d'autofinancement ? Est-ce que cela s'inscrit dans le schéma directeur immobilier ?*



Contexte territorial

Il s'agit ici de déterminer les composantes du projet qui relèvent de l'« environnement » actuel et futur du projet.

Il peut aussi bien s'agir d'éléments qui s'imposent à l'établissement (évolutions réglementaires, politique nationale de santé mentale) que d'opportunité de partenariat au regard du tissu local et des réseaux mis en place ou à développer.

- Comment le projet d'investissement s'inscrit dans le Projet Territorial de Santé Mentale ?*
- Comment anticiper le développement des CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) ?*
- Quels rapprochements - partenariats possibles avec des MSP (Maisons de Santé Pluridisciplinaire) ?*
- A côté de qui peut-on positionner la structure ? Avec qui peut-on travailler (quels liens) ? Comment identifier les potentiels « hors les murs » ?*
- Comment interagir avec les partenaires ? Quels sont les partenariats existants ? Quels sont ceux à développer ? Nouveaux partenariats à imaginer (dont externalisation) ?*
- Quelles synergies possibles avec d'autres structures : CAMPS, CMPP, établissements sociaux ou médico-sociaux, ... ? (Faire une cartographie des partenariats possibles et pertinents)*
- Comment s'inscrire dans une démarche pro-active de développement de CMP « pivot », et ne pas se contenter de reproduire l'état actuel ? Comment imaginer le développement de nouveaux projets ?*
- Quelles activités peuvent être externalisées ? (Le « projet peut prévoir des locaux en dehors de la structure, par exemple locaux de collectivités, etc.)*

Contexte « localisation »

Il s'agit ici d'intégrer les composantes du projet qui sont liées à l'implantation physique du projet.

Ces questions peuvent servir d'outil d'aide à la décision pour le choix d'une implantation ou d'un terrain, ou inversement si celui-ci est déterminé, bien mesurer l'impact que cette localisation aura sur le projet.

- La localisation actuelle est-elle pertinente au regard des éléments précédents (détermination de la population concernée, évolution démographique, positionnement vis-à-vis du PTSM, etc.) ?*
- Quelles sont les potentialités du patrimoine actuel ? Quelles sont les opportunités (foncière ou locative) ?*
- Le projet s'inscrit-il dans une réflexion élargie de type Schéma Directeur Immobilier ?*



- *Quelle est la politique de gestion patrimoniale de l'établissement (location ou acquisition) ? L'établissement dispose-t-il de fonciers ou de surfaces disponibles pertinentes ?*
- *Pour répondre « en urgence » à un besoin exprimé, faut-il se focaliser uniquement sur ce projet hors contexte ou envisager une location ou implantation temporaire (pour une réponse ciblée rapide et provisoire) en attendant un projet plus construit et global en réponse à un schéma directeur immobilier ?*
- *Comment appréhender la différenciation d'approche entre des structures rurales ou urbaines ? Quel est le maillage territorial et la réponse à apporter ?*
- *Quelle est l'accessibilité du site en véhicules et transports en commun ? Le foncier est-il suffisant pour le stationnement des usagers et des professionnels ? Comment anticiper les problématiques de rentabilité des transports sanitaires ? (les compagnies de taxis peuvent accepter ou refuser de desservir les structures ce qui peut poser des problématiques de fonctionnement à terme)*
- *Comment intégrer l'accessibilité pour le personnel (éloignement des structures par rapport au secteur d'origine) ?*
- *Quel est le contexte politique local ? Comment s'appuyer sur les élus pour porter le projet ? Les élus sont-ils susceptibles de mettre à disposition des locaux ?*
- *Quelles sont les opportunités et les possibilités de porter un projet de relocalisation commun avec des partenaires médico-sociaux pour un positionnement dans des locaux voisins ?*

Contexte « évolutif »

Plus que des questions, il s'agit ici d'anticiper sur les évolutions potentielles du projet. Il ne faut pas perdre de vue qu'aujourd'hui, un bâtiment est construit pour un minimum de 30 ans, et qu'il devra faire face aux adaptations qui ne manqueront pas d'intervenir dans les décennies à venir.

Ces enjeux constituent un ensemble de capacités visant à augmenter la longévité d'un bâtiment hospitalier en lui permettant de répondre à un nombre important de facteurs d'évolution. Ces notions sont également primordiales pour accueillir à l'avenir des évolutions techniques et technologiques anticipées au stade initial, permettant également une augmentation d'activité ou de transférer une activité d'un mode de prise en charge à un autre.

L'évolutivité, par la flexibilité et la modularité d'usage, permet de participer à l'évolution des dispositifs.

Elle permet également d'adapter le bâtiment aux nouveaux besoins, qu'ils soient qualitatifs (exemple : transformation d'un plateau pour une autre activité) ou quantitatifs (exemple : restructuration de l'offre de santé à l'échelle du territoire).



Au-delà des adaptations du programme capacitaire, il doit être développée une conception et une organisation des locaux prenant en compte l'impact de l'accélération des cycles de vie techniques et technologies médicales, en garantissant notamment l'accessibilité et la capacité d'intervention réelle sur certains locaux.

- Comment identifier les besoins par rapport aux nouvelles attentes du public ? (de l'importance de faire participer les usagers au groupe de réflexion)*
- Quelles sont les perspectives d'évolution ? Qu'est-ce qui n'est peut-être pas faisable aujourd'hui mais le sera demain ?*
- Comment traduire dans le projet d'investissement la modularité pour anticiper sur le développement des activités ou de nouvelles prises en charge à moyen et long termes (transformation des locaux et/ou augmentation des surfaces) ?*
- Comment anticiper le développement des partenariats ?*
- Quelles sont les évolutions attendues des techniques de prise en charge, des attentes ? A titre d'exemple, comment gérer la télémédecine ?*
- Comment anticiper l'intervention de structures extérieures et/ou de compétences dans l'établissement (intervenant paramédical libéral) ?*
- Comment appréhender l'augmentation de l'ambulatoire ? Quid du « hors les murs » ?*
- Quel ratio cible de personnel intra-extra ? Quel est l'objectif de la place de l'ambulatoire/extrahospitalier par rapport à ce qui est déjà développé ?*
- Quel sera le positionnement et le rôle des IPA (Infirmière de Pratique Avancée) et des nouveaux métiers ? Quel impact sur les organisations médicales et paramédicales, et donc sur les espaces ?*



PARTIE 3 : FOCUS SUR L'ETUDE DE FAISABILITE

Recommandations architecturales
(typologie de locaux, exemple de surface)



Rapide rappel des normes techniques et architecturales

En préalable à des recommandations de locaux et de surface, le MOA et les différents acteurs à l'acte de construire doivent prendre conscience et intégrer tout un ensemble de règles et normes techniques qui vont s'imposer au projet architectural et faire appel à des professionnels experts dans les domaines concernés. Sans être exhaustif, ci-dessous une liste de certains items concernés :

- Les règles d'urbanisme et d'implantation du bâtiment
- L'accessibilité handicap
- La sécurité incendie
- Prévention des risques professionnels
- Les déchets ménagers et déchets d'activités de soins
- La desserte en eau et la prévention de la légionellose
- La qualité de l'air intérieur
- Les ascenseurs
- L'acoustique
- L'amiante
- Le radon
- L'énergie
- La gestion et le contrôle des accès (sécurité des personnes et des lieux)

Principe d'Organisation Générale

Dans la démarche programmatique et l'élaboration du cahier des charges qui sera remis aux concepteurs pour le projet d'investissement, il convient de définir en préalable l'organisation générale de la structure.

En amont de la simple expression d'une liste de locaux et de surfaces, cette démarche doit donner aux architectes les clés qui leur permettent de comprendre les attentes et le futur fonctionnement de la structure afin qu'ils y répondent au mieux.

Cette description doit définir les ensembles fonctionnels nécessitant un traitement unique et homogène mais aussi les liens entre eux.

Une approche simple et pratique repose sur la description des différents flux : flux patient / flux personnel / flux logistique. Cela permet de hiérarchiser les proximités et contiguités nécessaires dans un projet.

Cette même approche de gestion des flux a conduit à l'organisation des chapitres suivants : le traitement des accès puis le hall-accueil / les différents secteurs dédiés aux patients : CMP-HDJ-CATTP-thérapie familiale-etc. / les secteurs avec un flux professionnel : espace réseaux – équipes mobiles – accueil familial thérapeutique / les secteurs logistiques / les traitements des espaces extérieurs.



Accès

Accès sur le site

Les accès à l'établissement doivent être facilement identifiables (signalétique et éclairage de l'entrée principale). Attention cependant à adapter cette signalétique à l'environnement immédiat du projet. En effet, il arrive que des structures implantées dans des lotissements ne reçoivent pas un accueil favorable, il faudra donc prévoir une approche plus discrète et non stigmatisante.

A l'échelle des structures concernées, en général de petite taille et avec un flux logistique réduit, il n'est pas forcément nécessaire de faire une différenciation des flux en entrée de site (pas de distinction patients / professionnels et/ou logistiques) mais à l'inverse il peut être plus opportun de ne prévoir qu'un seul accès pour l'optimisation de la gestion des stationnements et des entrées. A noter que plusieurs accès peuvent aussi générer un risque de confusion chez les patients.

Par ailleurs cette problématique dépend fortement des contraintes foncières (implantation du terrain par rapport aux voies publiques) et de la difficulté ou possibilité laissée par la municipalité pour créer plusieurs accès sur un site unique.

Ce qu'il faut retenir :

1. Nécessité d'un accompagnement du voisinage (sensibilisation, rencontres, portes ouvertes).
2. Importance de devancer les échanges avec la mairie pour la signalisation routière (quelle dénomination doit être donnée à la structure sur les panneaux d'affichages ?). Ne pas attendre que la mairie choisisse seule les appellations.
3. Réflexion à avoir sur une dénomination par un nom et non la fonction. En effet une structure indiquée par un nom présente plus de discrétion mais aussi le risque de perte de lisibilité pour les partenaires extérieurs. Il peut alors être pertinent de conserver une dénomination sur la fonction. En fait cela dépend du contexte local, et il peut être opportun d'associer les usagers sur cette réflexion.



Stationnements

Les parkings doivent être aménagés en nombre suffisant et proches de l'accès principal. Pour cela il faut tenir compte du réseau local et des possibilités de transports en commun.

Particularité en pédopsychiatrie : si les structures de pédopsychiatrie sont adossées à des structures adultes, il peut être nécessaire de faire une différenciation dès l'entrée sur site. A voir en fonction du projet médical, soignant et des organisations retenues.

Pour le dimensionnement, il faut intégrer :

- les flux des patients et du personnel. En effet des places de stationnement doivent être réservées au personnel de l'établissement. Elles peuvent être mutualisées ou séparées des emplacements pour les patients mais il faut bien les prévoir en termes de nombre de places ;
- le stationnement des véhicules rattachés à la structure lorsque celle-ci en dispose.
- une ou plusieurs places de stationnement pour des personnes à mobilité réduite (au minimum 2% du nombre total de places prévues pour le public, arrondi à l'unité supérieure) sont à prévoir à proximité immédiate de l'entrée principale.
- Au-delà des emplacements de stationnement, il faut prévoir un circuit et un espace dépose minute pour les transports sanitaires. Une aire de dépose sera prévue en extérieur, au rez-de-chaussée au plus proche de l'accueil du bâtiment pour éviter les erreurs d'orientation ou minimiser les déplacements de certains patients plus vulnérables. Quoique de courte durée, la configuration de l'aire de dépose en face de l'entrée du bâtiment sera organisée de façon à ne pas gêner les entrées et sorties des patients.
- Idem, il faut ajouter l'emplacement pour le dépôt logistique et une aire de giration adaptée à la taille des véhicules de livraison (sans aller jusqu'à une cour de service qui serait surdimensionnée au regard des flux concernés).
- Attention si le site accueille des équipes mobiles ou structures externes, il faut prévoir les emplacements pour la flotte de véhicules correspondante.

Il est rappelé que lorsque la capacité de ce parc de stationnement est inférieure ou égale à 40 places, 10 % des places de stationnement destinées aux véhicules automobiles et deux roues motorisés doivent être conçues de manière à pouvoir accueillir ultérieurement un point de recharge pour véhicule électrique ou hybride rechargeable, disposant d'un système de mesure permettant une facturation individuelle des consommations. Dans ce but, des fourreaux, des chemins de câble ou des conduits sont installés à partir du tableau général basse tension de façon à pouvoir desservir au moins 10 % des places destinées aux véhicules automobiles et deux roues motorisés, avec un minimum d'une place. [Article R111-14-3-1 du Code de la construction et de l'habitation].

Également, lorsque les bâtiments neufs accueillant un service public sont équipés de places de stationnement destinées aux agents ou usagers du service public, ces bâtiments doivent être équipés d'au moins un espace réservé au stationnement des vélos. Cet espace peut également être réalisé à l'extérieur du bâtiment, à condition qu'il soit couvert et situé sur la même unité foncière que le bâtiment. [Article R111-14-7 du Code de la construction et de l'habitation].



Un cheminement oriente le visiteur depuis les parkings vers l'entrée principale. Les sorties se feront également par cette zone. Ce cheminement devra être sécurisé par rapport aux flux véhicules et notamment le flux logistique (lorsqu'il n'y a pas de séparation des flux) et le transport sanitaire.

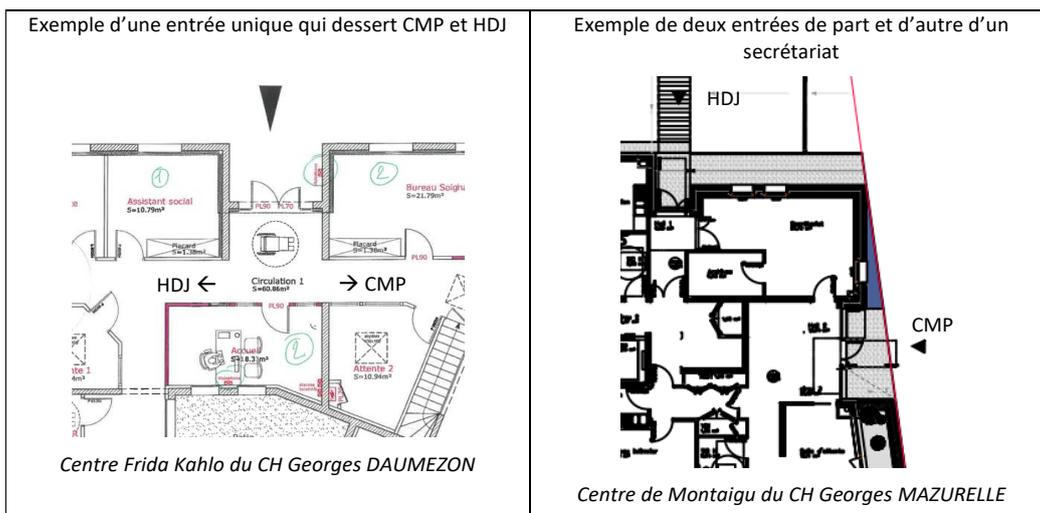
Ce qu'il faut retenir :

1. Le dimensionnement du stationnement doit tenir compte du flux patient mais aussi du personnel, des transports sanitaires, des flux logistiques et des éventuelles flottes de véhicules rattachées à la structure. Ne pas minimiser le dimensionnement du parking qui sinon sera source de dysfonctionnement et de tension interne.
2. Ne pas oublier les emplacements spécifiques pour Personne à Mobilité Réduite, Véhicule électrique et vélos.
3. Bien veiller à la sécurisation des cheminements piétons du fait qu'il n'y a pas de séparation des flux patients/personnels/logistiques.

Hall / accueil

L'entrée principale du public doit être facile à repérer et aménagée de plain-pied avec les espaces extérieurs. Lorsqu'il y a rapprochement de plusieurs structures dans un même bâtiment, il appartient à l'établissement de se positionner sur une seule entrée pour différentes structures ou des entrées différenciées sur deux façades par exemple.

Une entrée commune entre CMP et HDJ permet d'assurer une présence de secrétariat d'accueil pour l'HDJ s'il n'a pas de temps de secrétariat dédié. Inversement, le flux HDJ peut venir gêner l'accès CMP par une présence des patients sur les temps informels s'il n'y a pas assez d'espace de vie ou extérieur pour ceux-ci.



Depuis l'aire de stationnements ou les déposes minute, les consultants et les accompagnants pourront se diriger vers cette entrée principale formée par le hall, un accueil physique et une zone de secrétariats regroupés. Cet espace est le premier espace rencontré lors de l'arrivée dans la structure.



Le hall d'accueil - vitrine de l'établissement - doit être un lieu lumineux et convivial, permettant, grâce à une signalétique claire, l'information et l'orientation des visiteurs. La réception du public doit se faire grâce à un espace de réception aménagé autour d'une banque d'accueil surbaissée et adaptée aux personnes en fauteuil roulant. Cette fonction d'accueil sera assurée par un secrétariat (voir chapitre ci-après concernant les espaces du CMP).

Il faut insister sur l'importance d'un accueil « personnel » par un secrétariat ou un infirmier. Un bureau d'accueil ouvert avec une présence permettant d'accueillir et d'orienter mais aussi de surveiller les entrées et prévenir les professionnels de la structure.

Il convient de veiller à ne pas surdimensionner cet espace qui doit rester un lieu de passage. Les patients ne doivent pas y stationner.

L'accès à l'entrée du sas à partir de cet espace doit être contrôlé (système de visiophone permettant d'être commandé depuis l'accueil mais aussi certains postes en dehors des heures de présence à l'accueil).

L'établissement doit se poser la question de la sécurité et de l'accès en dehors des heures d'ouverture du CMP ou de présence du secrétariat. Si le choix de l'établissement porte sur une structure ouverte sans contrôle d'accès, il peut être cependant judicieux d'en prévoir un qui puisse être désactivé mais déjà installé plutôt que de devoir installer un système à posteriori si, dans le futur, l'établissement décide de fermer la structure.

Les accès du personnel et de la logistique peuvent être séparés et donnés sur l'arrière du site via une porte avec contrôle d'accès, mais ils peuvent aussi se faire par la même porte d'entrée si le flux concerné est faible.

FOCUS – Crise Sanitaire Infectieuse

Au regard de la grave crise sanitaire infectieuse que nous avons rencontrée avec la COVID19, il convient d'anticiper l'organisation des locaux, y compris dans un service ambulatoire ou HJ de (pédo)psychiatrie, pour faire face ou limiter les risques liés à une infection possiblement épidémique ou pandémique :

- Organiser un petit sas d'accueil, où il est possible de se désinfecter facilement les mains, avoir une console pour remplir quelques formulaires, avoir des masques à disposition..., avant d'entrer définitivement au secrétariat ou en salle d'attente,
- Organiser un « circuit du patient dans la structure » au cas où avec une entrée par la porte principale et une sortie par un autre endroit, avec limitation du nombre des personnes
- Avoir un vestiaire professionnel digne de ce nom pour pouvoir y stocker tenues, blouses, pantalons propres, etc. et pouvoir se changer avec discrétion.
- Avoir dans le local d'entretien, un espace dédié pour collecter les tenues professionnelles susceptibles d'être contaminées, un réceptacle à masques, etc.



Espaces du CMP

Secrétariat

Si plusieurs secrétariats sont prévus dans la structure et si l'organisation prévoit une différenciation des temps d'accueil par rapport aux temps de secrétariat dédié aux consultations, l'établissement doit se poser la question d'un regroupement afin d'assurer la polyvalence des postes et les échanges entre professionnels. Il faut préciser que la notion de regroupement ne veut pas forcément dire un espace mutualisé commun (bureau partagé) mais peut signifier une juxtaposition des bureaux.

Au moins un secrétariat sert pour l'accueil et a pour rôle d'identifier et d'orienter les visiteurs et patients vers les différents services. Il doit donc bénéficier d'une bonne visibilité sur l'entrée du bâtiment (voir descriptif de la borne d'accueil du chapitre précédent).

Les bureaux sont équipés d'un poste de travail et de rangements pour les dossiers. Si le cloisonnement de ces bureaux doit assurer la confidentialité des échanges qui s'y tiennent, les secrétaires doivent également avoir une visibilité claire sur l'entrée et l'attente du secteur dont elles contrôlent l'accès depuis leurs bureaux.

Un bureau secrétariat à 1 poste a une surface de l'ordre de 12m² pour permettre le rangement des dossiers et l'accueil du public. Un bureau à 2 postes est de l'ordre de 18m².

En fonction de l'organisation, on peut trouver en marge de ce(s) secrétariat(s) un espace reprographie/fax/informatique intégrant les équipements des rangements pour les fournitures et consommables, ce qui permet un accès à l'ensemble du personnel sans transiter par le secrétariat.

S'il est individualisé, ce local représente 5-6m². Si cet espace reste intégré dans le secrétariat, prévoir d'augmenter la surface de celui-ci de 3-4m².

Attention à ne pas vouloir mettre une « niche » dans le couloir car il faut pouvoir assurer la confidentialité des documents mais aussi répondre aux contraintes de sécurité incendie.

En fonction de la politique de l'établissement sur la gestion des dossiers médicaux, se pose la question du rangement des dossiers (archives dites vivantes). Cette question reste spécifique à chaque structure qui doit déterminer ses propres besoins en linéaire de dossiers devant rester sur place. Cela peut aller du 0 papier à un local dédié attenant aux secrétariats ou juste des armoires dans ces derniers.

> Se poser également la question de la gestion du tri sélectif et de la gestion des papiers. Impact potentiel pour mise en place de destructeur ou de bannette de réception différencié.



Espace d'attentes

Ils doivent être correctement dimensionnés et différenciés suivant les filières. Ces « espaces informels » sont aussi bien nécessaires à l'arrivée du patient que pour un temps d'attente entre deux prises en charge.

Le dimensionnement doit anticiper sur les données d'activité projetées mais aussi intégrer la notion d'évolutivité. Si le projet prévoit un potentiel de développement de l'activité et une extension des consultations, il faut, soit anticiper sur la surface de l'attente et l'agrandir, soit prévoir son agrandissement futur par extension, soit intégrer une attente en plus dans l'extension des bureaux de consultations.

> *Prévoir également la conversion de l'espace en anticipant les terminaux techniques (électricité et informatique prévus pour une transformation en bureau par exemple).*

Il faut éviter les chaises prévues en circulation, mais plutôt privilégier des espaces accueillants et reposants qui permettent de diminuer le côté anxiogène de la prise en charge, ils ne doivent pas donner un sentiment d'oppression. Attention à la promiscuité en espace d'attente qui peut être mal vécue.

La lumière du jour et des éléments extérieurs sont maîtrisés afin d'assurer le confort et le bien-être des patients. Si possible, la(les) salle(s) d'attente des CMP offre(nt) l'accès à un espace extérieur protégé et convivial, sans visuel ni communication avec les espaces de voiries d'accès ou de stationnements.

Inversement, l'(les) attente(s) est(sont) « visible(s) » depuis le secrétariat afin de surveiller les entrées et sorties tout en assurant la confidentialité.

Les ratios varient fortement en fonction du nombre de sièges prévus. Pour des petits nombres, il faut compter 2m² par place. Au-delà de 5 places, le ratio peut diminuer.

Prévoir à proximité des sanitaires pour les patients (3 m² par sanitaires). Ils peuvent être mixtes ou séparés Hommes/Femmes mais à minima prévoir un sanitaire accessible aux personnes à mobilité réduite (4m²).

Particularité en pédopsychiatrie : les attentes doivent être dimensionnées pour accueillir parents et enfants. Il faudra donc différencier des espaces assis de zones de jeux pour les enfants et prévoir les m² nécessaires. Idem, les sanitaires doivent intégrer des équipements pour enfants et les hauteurs adaptées.

En filière adulte, il faut également prévoir les espaces pour les enfants ou poussette pour l'accueil des patients qui viennent avec leurs enfants ou l'accueil des familles. Un espace jeu peut être intéressant pour les enfants (même si cet espace est plus petit qu'en pédopsychiatrie).



Bureaux d'entretien pluriprofessionnels : psychiatre / psychologue / infirmiers / etc.

Il s'agit ici des bureaux de consultation permettant l'accueil mais aussi l'entretien avec les patients.

Equipés d'un poste de travail et de rangements, ils intègrent en plus un espace de dialogue avec le patient (fauteuil, table basse). **Leur surface est de l'ordre de 12 à 16 m².** Si l'établissement fait le choix de surface de bureau réduite, il faut prévoir au sein de la structure au moins un bureau plus grand pour l'accueil des familles ou des groupes.

Il est intéressant également de prévoir au minimum un bureau avec équipement visioconférence pour le développement de la téléconsultation. Avec la simplification des systèmes de communication, il peut être prévu la généralisation des terminaux nécessaires (électricité et informatique) dans l'ensemble des bureaux.

Leur nombre est à déterminer en fonction des temps de présence des différents professionnels. L'affectation personnelle ne pourra être réservée qu'à des temps de présence à temps plein ou plus de 80%. Pour les professionnels avec un temps de présence moindre, il est convenu d'assurer une gestion polyvalente des bureaux d'entretien en fonction des plannings de présence des différents professionnels (d'où l'importance préalable à l'opération de la définition de la projection d'activité et de la maquette organisationnelle du personnel).

Dans le cas, surtout en milieu rural, où la structure accueille un regroupement de plusieurs professionnels en temps partiels sur un même temps de présence (nécessité de présence multi-professionnelle sur un temps commun, tous les professionnels en même temps sur une seule journée par exemple), l'établissement devra accompagner son projet d'une explication du besoin de plus de locaux par la description de la prise en charge et la justification de la non-optimisation du nombre de locaux par un planning de « remplissage ».

Particularité en pédopsychiatrie : Prévoir dans le bureau de consultation un espace jeux complémentaire et ajouter environ 4m². Il peut être nécessaire d'avoir également des salles spécialement aménagées psychomotricité et/ou ergothérapie en fonction du projet de soins (évaluation individuelle).

Bureaux

Il s'agit ici des bureaux plus « administratifs » ne nécessitant pas d'espace d'entretien dédié. Ils peuvent cependant accueillir 1 ou 2 personnes en entretien mais face au bureau. Ils sont équipés d'un poste de travail et de rangements. **Leur surface est de l'ordre de 10 à 12m².**

Là aussi, leur nombre est à déterminer en fonction des temps de présence des différents professionnels. L'affectation personnel ne pourra être réservée qu'à des temps de présence à temps plein ou plus de 80%.

Pour les professionnels avec un temps de présence moindre, il faudra assurer une gestion polyvalente des bureaux en fonction des plannings de présence, ou alors adopter une approche de bureaux partagés à plusieurs postes de travail.



Bureau infirmier / Salle d'équipe

Permettant aux équipes de se réunir et de stocker les dossiers des patients, cet espace est équipé de postes de travail pour la saisie et d'espace suffisant pour permettre des réunions (20 à 25m² - [sauf si salle de réunion par ailleurs](#)). Le bureau doit présenter une partie vitrée sur la circulation pour assurer la surveillance, mais avec un store intérieur pour permettre l'occultation lors de réunion par exemple.

Ce bureau est situé plutôt en entrée d'unité si la structure ne dispose pas d'un secrétariat d'accueil ou au centre dans le cas contraire.

Salle de soins infirmiers / pharmacie

Cette salle sert pour la préparation de traitement ou des gestes techniques particuliers nécessitant un environnement et un aménagement spécifique. Dans le cadre de structures mutualisées avec un HDJ, la salle de soins peut être commune et positionnée dans la partie HDJ.

Une armoire avec accès sécurisé sera prévue pour les médicaments.

Si le CMP est autonome, il faut prévoir cette salle de soins pour les infirmiers. Dimensionnée pour un chariot de soins (avec ordinateur), elle nécessite éventuellement d'avoir un fauteuil de soins et de pouvoir tourner autour (environ 15m²). Prévoir la situation d'un patient allongé : soit le fauteuil doit permettre la position allongée (renforcement des soins somatiques), soit prévoir une table d'auscultation.

Si elle est autonome et spécifique au CMP, cette salle de soin pourra communiquer avec l'un des bureaux d'entretien pour permettre les entretiens et l'optimisation de temps infirmier (gestion des gestes durant ses plages de consultations). Eventuellement entre deux bureaux avec deux accès. Il faut préciser que ce ou ces bureaux doivent être pris en compte dans le dimensionnement du nombre de bureaux d'entretien précédents (voir chapitre « Bureaux d'entretien pluriprofessionnels : psychiatre / psychologue / infirmiers / etc. »)

Salles ateliers / activités personnalisées

Dans le cadre de structures communes avec un HDJ, les salles d'ateliers et/ou d'activités peuvent être mutualisées (voir descriptif chapitre « Ateliers / Locaux activités »).

Salle de groupe

Prévoir une salle de réunion polyvalente pour des groupes, réunions d'équipe, réception de partenaires.

Si cette salle est nécessaire, il faut prévoir sa mutualisation avec d'autres fonctions notamment l'implication des partenaires qui viennent ou encore les temps de réunion d'équipe ou de réseau / partenariat (si elles ne génèrent pas d'activité à destination du patient). Ces temps d'échanges sont indispensables et nécessitent du temps et des locaux.

Prévoir un local de stockage à côté pour permettre la polyvalence et la gestion du mobilier (tables, chaises, matériel...).



Espaces de l'HDJ

Accueil / Vestiaire patient

Les patients entrent à l'HDJ via un espace d'accueil servant de sas d'accès et de zone d'attente. Ils peuvent laisser leurs effets personnels dans des casiers prévus à cet effet.

En fonction des activités prévues, il peut être opportun de prévoir un vestiaire change si des activités physiques particulières sont prévues. Dans ce cas, il faut prévoir une séparation homme/femme, et intégrer des cabines de déshabillage. Une douche peut être installée (soit spécifique et répartie dans les vestiaires hommes/femmes, soit mutualisée dans un local en dehors des vestiaires).

Particularité en pédopsychiatrie : Cet espace d'entrée doit être prévu plus grand pour gérer les manteaux des enfants (surtout l'hiver). Pas de nécessité de vestiaires (sauf adolescents) mais un revanche un local douche est impératif pour pouvoir assurer le change et nettoyage d'un enfant (prévoir l'espace pour une table à langer).

Lieu d'accueil / Salle à manger / Déambulation

Depuis ce sas, les usagers accèdent à une pièce de vie conviviale pouvant accueillir la capacité complète de l'HDJ encadrés par 2 ou 3 professionnels.

Suivant les unités, et le projet de soins, cet espace peut être uniquement un lieu dédié à l'espace salle à manger (surface de l'ordre de 2,3 à 2,5 m² par personne) ou bien intégrer des activités informelles autres dans la journée et ainsi permettre des loisirs et de l'animation (salon, télévision, jeux de société...) (de l'ordre de 40 à 50m² si espace commun salle à manger + espace de vie et salon). Dans ce cas, cette pièce doit être séquencée pour offrir des espaces différenciés :

- espace jeux ;
- espace cosy avec TV, canapés et table basse ;
- espace restauration - café avec tables et chaises. Un espace suffisant pour la prise de repas des patients mais aussi présence du personnel.

Particularité en pédopsychiatrie : Cet espace ne servira que pour la prise des repas et peut être limité en surface (25m² environ). Les espaces de jeux et d'activité sont assurés dans les locaux d'activité et d'ateliers dédiés.



Office / Cuisine

Il faut différencier l'espace de restauration « professionnel » des espaces accessibles aux patients. Cet espace est dédié aux personnels pour la gestion de préparation des repas (préparation, remise en température, gestion de la vaisselle).

Au regard du nombre de repas concernés, ces espaces restent réduits (de l'ordre de 10 à 15m²), à adapter en fonction des aménagements nécessaires (bornes de chariot de remise en température, fours de remise en température, lave-vaisselle, gestion des denrées, équipements de préparation, etc.). Attention cependant à bien respecter les circuits et contraintes réglementaires liées à la restauration collective et préconisations de l'établissement en charge de l'approvisionnement.

Bureau infirmier / Salle d'équipe

Permettant aux équipes de se réunir et de stocker les dossiers des patients, cet espace est équipé de postes de travail pour la saisie et d'espace suffisant pour permettre des réunions (voir descriptif chapitre « Espace du CMP – **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** Bureau infirmier / salle d'équipe »)

Salle de soins / Geste technique

Cette salle est équipée d'un poste de travail, d'un fauteuil d'auscultation, d'une armoire à médicaments suspendue et d'une paillasse sèche (voir descriptif chapitre « Espace du CMP - **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** Salle de soins infirmiers / pharmacie »).

Salon / Espace repos

Un coin repos contigu à la salle d'équipe met à disposition des patients le nécessitant des fauteuils pour se relaxer ou se reposer à l'écart des activités (d'autant plus important si le local salle à manger est dédié à cette fonction et ne permet pas d'accueillir les patients sur une temps informel).

Cet espace permet également de faire office de chambre de mise en sécurité / espace d'apaisement en cas de besoin (surtout si l'espace salle à manger est aménagé comme espace lieu de vie).

Bureau polyvalent / Entretien

En cas d'HDJ indépendant, prévoir des espaces d'entretien. Sinon une mutualisation est possible avec les bureaux du CMP s'ils sont suffisamment dimensionnés. (Voir descriptif chapitre « Espace du CMP - Bureaux d'entretien pluriprofessionnels : psychiatre / psychologue / infirmiers / etc. »)





Ateliers / Locaux activités

Il faut éviter les aménagements trop dédiés qui figent l'affectation des espaces et freinent les conversions/adaptations.

Des espaces polyvalents sont préférables, en différenciant les locaux d'activités « sèches » (discussion, échange) / « humides » (avec point d'eau et pouvant être salissant : peinture, poterie, arthérapie, etc...), et tenant compte des capacités d'accueil : prise en charge individuelle / petit groupe / grand groupe). Dans un souci de flexibilité, il peut être préconisé de généraliser les aménagements et les points d'eau dans tous ces espaces, et ainsi plutôt proposer un panel de taille de salle pour des prises en charge différentes mais toutes aménagées pour les différents supports de médiation.

Cas particulier des cuisines thérapeutiques : cet espace doit être aménagé, équipé et organisé comme une cuisine familiale permettant de partager les préparations dans le cadre d'activités thérapeutiques et d'autonomisation. Cet espace peut également servir d'espace calme en dehors des activités thérapeutiques. Il peut s'agir d'un espace ouvert sur la salle à manger mais il doit alors être fermable. **Prévoir environ 10 à 15m²**, à adapter en fonction des aménagements nécessaires.

Particularité en pédopsychiatrie :

Prévoir un espace de psychomotricité. Il s'agit d'une salle de 20-25m² regroupant le bureau du psychomotricien et l'espace d'activité. La salle de psychomotricité doit être suffisamment spacieuse pour permettre l'accueil d'un groupe d'enfants, ainsi que le déroulement d'activités motrices dynamiques (course, sauts, jeux de balles notamment). Cet espace doit intégrer de nombreux aménagements pour le stockage et le rangement des matériels.

Prévoir également un espace de jeux intérieur pour pouvoir gérer les groupes de jeunes patients lorsque les conditions climatiques ne permettent pas aux enfants de s'exprimer dehors. Là aussi, il faut un espace suffisamment grand pour permettre des activités physiques. En fonction de l'usage et de la fréquence d'utilisation de la salle de psychomotricité, celle-ci peut être utilisée pour faire fonction et optimiser les surfaces (mais prévoir de l'agrandir pour une prise en charge de groupe). Dans ce cas, il peut être prévu d'isoler la partie bureau du psychomotricien ou bien il est nécessaire que l'aménagement du bureau permette de l'escamoter ou l'isoler de la salle (dans un placard).

Prévoir éventuellement une salle de classe (20-25m²) pour les activités d'enseignement. Cette salle doit permettre d'accueillir un groupe d'enfants de différents âges et niveaux scolaires. La disposition de la salle de classe, n'est pas neutre, elle implique donc une concertation avec les futurs utilisateurs et doit intégrer les contraintes de l'Education Nationale.

Si l'établissement développe un projet de soins autour de l'eau, ne pas oublier cet espace qui ne sera pas forcément adaptable ou réaménageable à posteriori (concept de « flaque thérapeutique »).



Espaces de CATT

Rappelons en introduction que dans les évolutions attendues dans les années à venir, les activités CATT seront privilégiées pour des activités « hors les murs » et donc dans des infrastructures extérieures.

Cet espace est difficile à standardiser car propre à chaque prise en charge. Il faut privilégier une grande salle d'activité pouvant être découpée et aménagée en différents espaces aux grés des besoins (salon - accueil, atelier arts créatifs, atelier vidéo, table commune, etc.).

Prévoir un espace dédié « équipe » avec poste de travail isolé de l'espace commun et une salle de soins infirmiers si la structure n'est pas couplée avec un CMP ou un HDJ.

Locaux logistiques à mutualiser autant que faire se peut avec une structure attenante (CMP et/ou HDJ).



Espaces de thérapie familiale

Cette unité peut être indépendante des autres secteurs et doit bénéficier d'un accès spécifique et dédié en raison d'horaires d'ouvertures différents des CMP par exemple.

A séparer (en fonction de l'établissement) en 3 espaces :

- Une attente pour 5 personnes environ. La salle d'attente n'a pas obligation à être attenante. Elle peut être en retrait et mutualisée avec les autres structures ;
- Une salle de thérapie dimensionnée pour 8 à 10 personnes maximum, avec une moyenne de 6 personnes. Cette salle doit bénéficier d'un traitement acoustique très performant et sera équipée d'une table basse avec micros-plafond et caméra grand angle avec zoom réglable ;
- Une salle technique pouvant accueillir jusqu'à 4 personnes simultanément. Cette salle doit être aveugle et donné sur la salle thérapeutique par une glace sans tain de taille suffisante pour une bonne observation. Ce local est équipé d'un plan de travail permettant d'accueillir l'écran TV et le module d'enregistrement + lecteur / enregistreur / graveur CD.

FOCUS – Mutualisation de locaux

Les horaires de prise en charge de la thérapie familiale sont, en général, différents des activités du CMP, et souvent le soir.

L'utilisation de ce dispositif est ponctuelle dans une semaine et ne peut pas mobiliser trop de surface. Il n'est donc pas obligatoire de prévoir des locaux dédiés pour cette activité. Quelques astuces peuvent permettre une mutualisation avec le CMP.

Par exemple il est possible d'intégrer un coffrage des installations techniques qui permet de les rendre transparentes en journée. Quant à la vitre sans tain, elle peut être cachée en journée par un cadre coulissant ou un store vénitien. Dans ce cadre, l'acoustique est importante et bénéficie aux deux types de prise en charge.



Espaces réseaux / Sièges d'équipes mobiles / Siège de l'accueil familial thérapeutique

Ces unités doivent disposer de bureaux suivant une typologie « bureaux administratifs » (voir chapitre « Espaces CMP – Bureaux »). Ils sont dimensionnés en fonction du nombre de poste de travail informatique fixe (10-12m² pour 1 poste / 18m² pour 2 postes) mais aussi pour l'accueil de l'équipe et/ou de groupe sur des temps courts de réunion. Une mutualisation ou l'optimisation des surfaces avec les structures avoisinantes est étudiée pour l'utilisation de grande salle pour les réunions d'équipe.

Il est nécessaire de définir si ces structures reçoivent du public ou non. En fonction, les locaux intègrent une attente et des bureaux d'entretien.

Attention : il faut prévoir les emplacements de stationnement nécessaires pour la flotte de véhicules.



Espaces logistiques

Les espaces logistiques sont proches de la zone de dépôt. Ils ne perturbent pas ou ne sont pas en relation avec le cheminement piéton des patients (tous les camions n'ont pas des radars de recul).

Doivent être prévus :

- Les vestiaires du personnel. Ils sont directement accessibles depuis l'extérieur (lien avec le parking du personnel). Chaque établissement détermine s'il y a changement de tenue ou non.
 - ◇ Si oui, il faut une séparation hommes / femmes et ces locaux sont scindés intérieurement en un espace avec casiers individuels et une zone sanitaires/douches. Les sanitaires sont conformes au code du travail. A dimensionner en fonction des effectifs (1,5m² par agent pour la partie change tenue puis 3m² par WC et 4m² par douche).
 - ◇ S'il n'y a pas de changement de tenue, l'espace est mixte et uniquement constitué de casier avec consigne.
- Des sanitaires différenciés pour le personnel et pour les patients sont prévus à proximité des espaces d'activité, à répartir judicieusement dans les différents espaces.
- Potentiellement, un espace « détente du personnel » ou pause est prévu. En général, les structures étant isolées par rapport à l'établissement support et au « self du personnel », la prise de repas pour l'équipe soignante se fait sur place. Ce local est dimensionné pour recevoir un petit groupe et dispose d'une kitchenette ne permettant pas de cuisiner mais de réchauffer ou conserver des plats (15 à 18m² à adapter en fonction des effectifs).
- Des espaces de rangements. A noter que plus la structure prévoit une mutualisation des pièces et une polyvalence des espaces, plus il faut prévoir de rangements pour le stockage du matériel et du mobilier à changer.
- Un local ménage aménagé pour un vidoir ménager + 1 chariot ménage + produits lessiviels dans armoire sécurisée.
- Un local déchet indépendant (il peut être climatisé dans l'idéal, compte tenu des nouvelles dispositions des Communautés de Communes sur les redevances incitatives).
- Un local ASH qui peut être au cœur de l'unité.
- Un local stockage « logistique propre », local de dépôt de 2 à 3m² pour le dépôt du propre (denrées, linge propre, produits de fonctionnement entretien, bureautique, ...)
- Un local d'enlèvement du sale (pour le linge sale, le tri sélectif, les denrées périmées, archives ou matériels obsolètes ou à détruire...). Son dimensionnement doit permettre de gérer le tri sélectif et les différentes filières existantes sur place.



Extérieurs

Les structures HDJ principalement doivent bénéficier d'espaces extérieurs de déambulation et de circulation importants, de manière à diminuer les tensions et la violence de certains patients (jardins clos).

Les espaces extérieurs sont des espaces ouverts sur la ville, les patients étant libres d'entrer et sortir. Ces espaces sont valorisés par un traitement paysager pour être attractifs. Par ailleurs, il convient de limiter le cloisonnement de ces espaces, afin qu'ils puissent être surveillés par le personnel soignant.

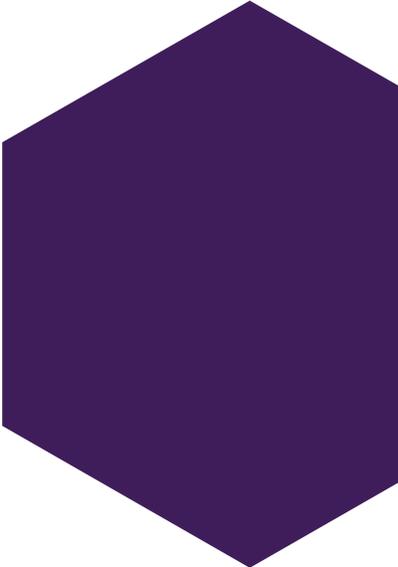
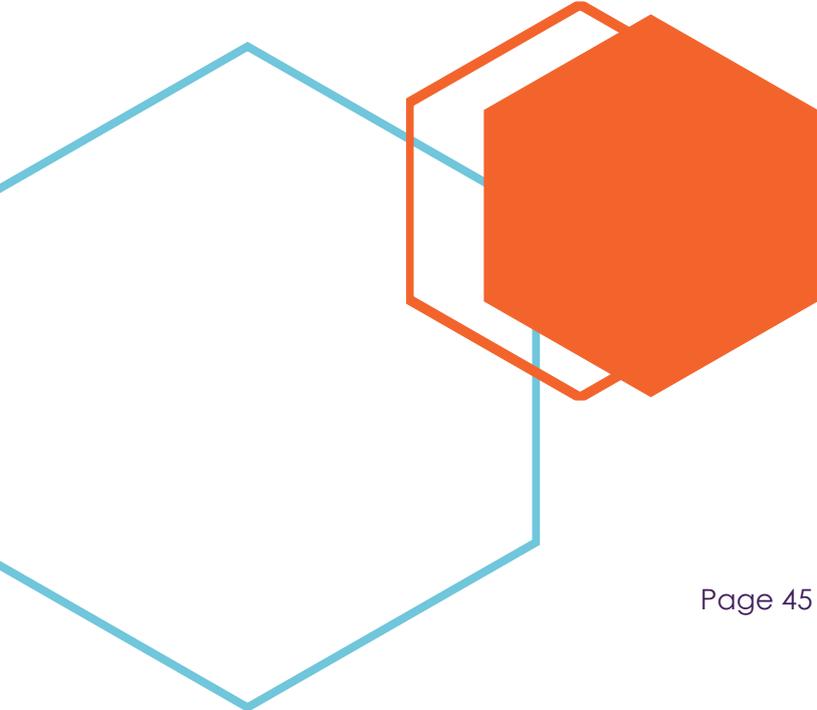
Chaque structure peut disposer d'une terrasse de plain-pied sur le jardin ou surplombant celui-ci pour les unités en étage, pour permettre notamment aux patients fumeurs de sortir dans un cadre entièrement sécurisé et de garantir au poste de soins une continuité visuelle sur les patients. L'aménagement d'un préau peut être opportun, en tant qu'espace de transition entre les lieux de vie intérieurs et les espaces extérieurs, mais surtout permettre une mise à l'abri en cas d'intempéries tout en restant dehors (et gestion des fumeurs).

Attention : ces espaces extérieurs sont accessibles aux personnes à mobilité réduite.

Particularité en pédopsychiatrie : Les espaces extérieurs sont clos et accessibles - de plain-pied - à partir des espaces de vie collective (salon, salle à manger, salles d'activités). Les clôtures sont conçues de manière efficace mais discrète, afin d'éviter toute connotation d'enfermement. Les jardins doivent être sans visuel ni communication avec les espaces de voiries d'accès et les stationnements.

Le jardin est équipé avec des jeux d'extérieur pour les enfants de tous les âges : du plus petit avec le portique bébé ou la cabane enfant aux plus grands avec les karts à pédales et les aires de jeux complètes, voire des équipements sportifs pour les adolescents en fonction du public accueilli. Un local de rangement du matériel est également prévu en conséquence.

Un préau permet aux enfants de sortir même par temps de pluie (et éviter la salle d'activité intérieur si possible).





REMERCIEMENTS

L'ARS Pays de Loire et le groupe projet⁽¹⁾ remercient tout particulièrement les personnes qui par leur implication volontariste, ont permis d'écrire ce document :

En premier lieu, l'ensemble des membres du groupe de travail pour leur participation à ce projet:

- Barbara CARABEUF**, Cadre Supérieure de Santé – EPSM de la Sarthe
- Céline DELACROIX**, Cadre de Santé Psychiatrie Adulte G08 - CH G. Daumézon
- Samuel GALTIE**, Directeur finances systèmes d'information – CESAME
- Dr Jacky GAUTIER**, Pédopsychiatre et Chef de Pôle Secteur Nord - CH G. Mazurelle
- Lenaïc GOUAILLIER**, Cadre Supérieur de Santé – CH Laval, Pôle Santé Mentale
- Katelle LE NAOUR**, Cadre de Santé de Pédopsychiatrie – CHU de Nantes
- Dr Michel NGUYEN**, Médecin psychiatre adulte – EPSM de la Sarthe
- Fabienne SCHAAKE**, attachée d'administration services techniques et logistiques - CHS de Blain

L'Association des établissements du service public de santé mentale (ADESM) qui a aidée à la constitution de ce groupe de travail.



La société A2MO pour sa participation à l'animation du groupe et la rédaction du guide à travers son représentant M. **Romarc BOULAY**, Programmiste.

Les structures qui ont accueilli le groupe de travail durant les réunions et les visites organisées par :

- Le CESAME et en particulier les équipes du Centre d'Avrillé,
- Le CH Georges DAUMEZON et en particulier les équipes du Centre Frida Kahlo,
- Le CH Georges MAZURELLE et en particulier les équipes du Centre de Montaigu,
- L'EPSM de la Sarthe et en particulier les équipes du CMP Polaire Oyon.

Les équipes de toutes les structures qui ont aidé à collecter des informations sur le patrimoine actuel des structures psychiatriques ambulatoires et extrahospitalières :

- CESAME
- CH DE CHOLET
- CH GEORGES DAUMEZON
- CH GEORGES MAZURELLE
- CH HAUT ANJOU
- CH LOIRE VENDÉE OCÉAN
- CH NORD MAYENNE
- CH SAINT NAZAIRE
- CHS DE BLAIN
- CHU DE NANTES
- EPSM DE LA SARTHE



Le groupe Projet ARS :

- **Elisabeth BERNARD** - ARS PDL / Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale / Direction de l'Offre de santé et en faveur de l'autonomie / Chargée de mission Investissement
- **Dr Jean-Paul BOULE** - ARS PDL / Médecin Inspecteur de Santé Publique / Chef de projet régional en santé mentale / Direction de l'appui à la transformation et de l'accompagnement (DATA).
- **Valentine JAYAIS** – ARS PDL / Inspectrice de l'Action Sanitaire et Sociale / Direction de l'offre de santé et en faveur de l'autonomie / Chargée de projet Offre sanitaire
- **Dr Bruno MESLET** – ARS PDL / Médecin Inspecteur de Santé Publique / Conseiller médical / Délégation Territoriale de Loire-Atlantique.



Liste des sigles utilisés

ADESM : Association des établissements du service public de santé mentale

ARS : Agence régionale de santé

ASH : Agent de service hospitalier

CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CH : Centre hospitalier

CMP : Centre Médico Psychologique

DATA : Direction de l'appui à la transformation et de l'accompagnement (ARS)

DOSA : Direction de l'offre en santé et en faveur de l'autonomie

EPSM : Etablissement public de santé mentale

HDJ : Hospitalisation de jour

PRS : Projet régional de santé

PTSM : Projet territorial de santé mentale

MOA: Maître d'ouvrage

